UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1948-1949 — N° 36

L'OPÉRATION DE BABCOCK
DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Décembre 1948

PAR

Jean-Emile GOIGOUX

INTERNE DES HÔPITAUX
LICENCIÉ ÈS SCIENCES

Né à Aillas (Gironde), le 2 Novembre 1920

Examinateurs de la Thèse :

MM. PAPIN, professeur ..... *Président*
MASSÉ, professeur .....
DUFOUR, professeur ..... *Juges*
MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3

1948

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1948-1949 — N° 36

L'OPÉRATION DE BABCOCK
DANS LE TRAITEMENT
DU CANCER DU RECTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Décembre 1948

PAR

Jean-Emile GOIGOUX

INTERNE DES HÔPITAUX
LICENCIÉ ÈS SCIENCES

Né à Aillas (Gironde), le 2 Novembre 1920

Examinateurs de la Thèse :

MM. PAPIN, professeur ..... *Président*
MASSÉ, professeur .....
DUFOUR, professeur ..... *Juges*
MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE E. DROUILLARD
3, PLACE DE LA VICTOIRE, 3
—
1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — ASSESSEUR : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ CREYX
Clinique chirurgicale et gynécologique	MASSÉ
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène et tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants.	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL : M. GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE : MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Physiologie	N...
Médecine générale	BROUSTET SARIC DUBARRY J. TRAISSAC BERGOUIGNAN
Chirurgie générale	N... MAGENDIE POUYANNE LAUMONIER CHAVANNAZ

	MM
Obstétrique	MAHON
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Chimie médicale	TAYEAU
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	N...
Histologie	MAYER
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD

MAITRE DE CONFÉRENCES :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	N...
Accouchements	N...
Puériculture	PÉRY
Zoologie et parasitologie	N...
Urologie	N...
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	N...

	MM.
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	NEUZIL
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Professeur Georges CHAVANNAZ
Monsieur le Docteur Edgard DUBOURG
Monsieur le Professeur agrégé Lucien MASSÉ
Monsieur le Professeur CREYX

Externat :

Monsieur le Professeur Georges JEANNENEY
Monsieur le Professeur agrégé FONTAN
Monsieur le Professeur Pierre MAURIAC
Monsieur le Professeur R. DAMADE

Internat :

Monsieur le Professeur RÉCHOU
Monsieur le Professeur Eugène LEURET
Monsieur le Docteur CHENUT
Monsieur le Docteur BLANCHOT
Monsieur le Professeur agrégé Jean CHAVANNAZ
Monsieur le Docteur Jean VILLAR
Monsieur le Professeur RIVIÈRE
Monsieur le Professeur Félix PAPIN
Monsieur le Professeur Lucien MASSÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN VILLAR

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

Qui, par ses qualités si brillantes d'éducateur et de chirurgien, a marqué d'une empreinte décisive notre formation chirurgicale.
Que ce travail qu'il nous a inspiré soit un témoignage de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉONCE NARD

CHIRURGIEN A LIBOURNE

Qui nous a fait un accueil si aimable et a si généreusement accepté de nous faire bénéficier de son expérience et de ses conseils.

A NOS JUGES

Edouard Quénu la faisait connaître dans son rapport à la Société de Chirurgie de Paris.

L'abdomino-périnéale, répondant à tous les desiderata possibles quant à l'étendue de l'exérèse, resta alors pendant longtemps, et reste même encore pour certains chirurgiens, l'opération logique, classique, et les opérations par voie basse seule perdirent peu à peu du terrain.

Mais, si l'on avait fait beaucoup pour la vie, on avait négligé la fonction. Les opérés restaient des infirmes, avec leur anus iliaque définitif qui comportait, outre l'inconvénient d'être en situation anormale, celui d'être incontinent, et cela malgré tous les artifices de technique qu'avaient pu imaginer les chirurgiens les plus ingénieux. Les appareillages les mieux conçus n'obviaient que de façon très incomplète à cette infirmité obsédante. Les opérés soigneux souffraient beaucoup moralement, et ceux qui ne l'étaient pas étaient fort désagréables pour leur entourage. Un grand nombre devaient cesser de travailler.

On s'est alors demandé s'il ne serait pas possible, avec un pronostic vital comparable à celui de l'opération mutilante, de sauvegarder la fonction.

Pendant ces dernières années, les efforts ont convergé dans ce sens, et les résultats obtenus ont été tels qu'il nous semble qu'actuellement, entre des mains expérimentées, la résection du cancer du rectum, avec rétablissement immédiat de la continuité, doit être la règle, et l'amputation, l'exception.

Le problème est d'ailleurs d'actualité. Il était à l'ordre du jour au Congrès français de Chirurgie de 1946, où d'Allaines et de Vernejoul ont fait un rapport particulièrement documenté sur « La conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum ».

De fait, les travaux qui ont comparé les résultats de l'opération conservatrice avec ceux de la mutilante montrent que, si la première est plus délicate, elle ne donne pas, entre des mains exercées et avec des indications bien posées, une

plus grande mortalité immédiate ni un pourcentage plus élevé de récidives que la seconde, à condition, toutefois, que l'on reste fidèle au principe de la voie mixte. Les auteurs sont presque unanimes sur ce point. Certains, cependant, restent un peu réticents. Ils ont l'impression que les récidives sont un peu plus fréquentes avec l'opération conservatrice, mais beaucoup d'entre eux la pratiquent tout de même, car ils estiment que s'il existe une différence à ce point de vue entre les deux types d'opération, elle n'est pas suffisamment évidente ou suffisamment importante pour qu'ils se croient autorisés à priver leurs malades du bénéfice fonctionnel considérable que donne la conservation.

Mais si les partisans de la méthode conservatrice sont nombreux, les techniques proposées sont variés. Il paraît difficile de se faire une opinion sur chacune. Quel est le bon procédé ? Nous n'avons pas la prétention de trancher une question aussi complexe, et cela pour deux raisons.

La première, c'est que notre expérience est trop limitée, et nous n'aurions pas l'audace de comparer les quelques cas que nous avons pu étudier aux grosses statistiques françaises ou surtout étrangères.

La deuxième raison, c'est que l'entraînement de l'opérateur à une technique déterminée est un facteur primordial dans la qualité des résultats obtenus. On pourrait presque dire que toutes les techniques de conservation sont bonnes, à condition que l'opérateur ait celle qu'il emploie bien en main.

Notre dessein est très modeste. Un procédé nous a tenté, c'est celui qui a été mis au point par Babcock, chirurgien à Philadelphie, et par son compatriote Bacon.

C'est le Docteur Villar, de Bordeaux, qui nous l'a fait apprécier et nous l'a proposé comme sujet de ce travail. Il nous a mis en relation avec le Docteur Nard, de Libourne, qui, avec la plus grande amabilité, nous a invité à assister à ses opérations de Babcock, et nous a donné ses magnifiques observations.

A tous deux vont nos remerciements et le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous essaierons dans cette thèse, d'une part, de montrer la place, importante à notre sens, que peut occuper la méthode de Babcock dans le traitement du cancer du rectum, en la comparant, au besoin, avec les autres procédés, et, d'autre part, d'en donner une description technique assez complète et pratique qui la rende assez facilement réalisable par les chirurgiens qui voudraient l'appliquer. Et même, nous hasardant peut-être un peu, nous nous risquerons à proposer quelques artifices de technique, voire même quelques légères modifications qui nous paraîtraient utiles dans certains cas.

Nous regrettons de n'avoir pu, pour des raisons d'ordre matériel, joindre des figures explicatives à notre texte.

PLAN

Chapitre premier. — Description de l'opération de Babcock.

I. — Soins pré-opératoires.

II. — Anesthésie.

III. — Technique.

A. — L'opération de Babcock avec section provisoire du sphincter.

a) Temps abdominal.

b) Temps périnéal.

B. — L'opération de Babcock sans section sphinctérienne.

IV. — Soins per-opératoires.

V. — Soins postopératoires et suites.

Chapitre II. — Etude de quelques légères modifications de technique.

Chapitre III. — Résultat fonctionnel de l'opération de Babcock.

Chapitre IV. — Etude critique du procédé de Babcock.

I. — Possibilités quant à l'étendue de l'exérèse.

II. — Indications et contre-indications de l'opération de Babcock.

a) D'après la situation en hauteur.

b) D'après le degré d'extension.

III. — Objections contre l'opération de Babcock.

IV. — Avantages de l'opération de Babcock.

Observations.

Conclusions.

Bibliographie.

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION DE BABCOCK

C'est une résection du cancer du rectum par voie mixte, exécutée en une seule séance, sans anus iliaque préalable, visant à enlever, avec la lésion, le rectum, une partie du côlon sigmoïde, la muqueuse anale presque en totalité et les adénopathies, tout en respectant le sphincter, à travers lequel est abaissé le côlon conservé. L'opération peut se faire avec ou sans section provisoire du sphincter.

Le principe n'en est pas absolument nouveau.

Si, en 1914, Mondor, dans sa thèse, envisage la possibilité d'abaisser le côlon à travers le sphincter conservé et d'avoir ainsi un anus fonctionnant bien et en bonne place, déjà, à la fin du XIX[e] siècle, la voie transanale avait été décrite par Ledru et Hartmann. Elle avait été appliquée par Villard, de Lyon, en 1903, et ce dernier auteur lui avait, par la suite, adjoint un temps abdominal, créant ainsi l'abdomino-transanale.

L'opération de Babcock est, avant tout, une résection abdomino-transanale. Les modifications apportées par l'auteur ne sont pas absolument originales. L'incision latérale gauche avait déjà été employée par Hartmann. Le décollement du côlon descendant et de l'angle splénique, qu'emploie en général le chirurgien américain, avait déjà été décrit par Cavaillon et Chalier.

Seuls sont nouveaux deux points de technique : l'absence de péritonisation, qui heurte d'ailleurs les principes de la chirurgie classique, et la section provisoire, facultative il est vrai, du sphincter.

Le mérite de Babcock n'est donc pas d'avoir inventé un procédé, mais d'avoir fait un beau travail de synthèse et d'avoir mis au point une technique précise, permettant d'obtenir un bon résultat fonctionnel avec une mortalité opératoire relativement basse, et applicable à un grand nombre de cancers du rectum.

Nous ne donnerons le nom d'opération de Babcock qu'à celles qui comportent les particularités ci-dessus énoncées, et notamment l'incision latérale gauche et l'absence de péritonisation.

C'est pourquoi nous ne publions pas dans ce travail les belles observations que notre Président de thèse, M. le Professeur Papin, avait eu l'amabilité de nous proposer, mais qui comportaient une péritonisation.

I. — SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

L'alimentation doit être peu toxique et donner peu de déchets. Ne donner presque exclusivement que des hydrates de carbone, quitte à administrer des solutions de protéines, des acides aminés. Injecter des vitamines C et K, surtout. Donner du thiacyl ou du ganidan, et même de la pénicilline à titre préventif.

Pratiquer des lavages intestinaux, donner des petites doses d'huile de ricin. On peut aussi faire un huilement sulfamidé.

On ne fait pas d'anus iliaque préalable, car il n'y aura pas d'anastomose. La durée du traitement se trouvera ainsi très raccourcie, et l'on comprend que les opérés puissent souvent quitter la clinique vers le vingtième jour.

Cependant, si le malade arrive en état d'occlusion, il deviendra indispensable d'y mettre fin en pratiquant un anus temporaire. Mais on aura alors soin de le faire cæcal

ou transverse, mais pas iliaque gauche pour ne pas gêner les manœuvres opératoires ultérieures.

II. — ANESTHÉSIE

Actuellement, les Américains emploient surtout la rachipercaïne.

Babcock a utilisé, chez des sujets affaiblis, une anesthésie mixte pratiquée de la façon suivante : on fait une perfusion intraveineuse de dextrose à 5 p. 100, et on injecte à travers le tube de caoutchouc une solution d'Evipan à 2,5 ou 5 p. 100, à raison d'un centimètre cube toutes les dix secondes. Quand le malade s'arrête de compter, on fait rapidement l'incision abdominale. On utilise ensuite de la procaïne éphédrinée localement. On peut aussi, tout simplement, employer l'éther ou, mieux, l'éther-oxygène ou le protoxyde-éther-oxygène, voire même le cyclopropane.

III. — TECHNIQUE

L'opération, exécutée en une seule séance, comporte deux temps.

Le temps abdominal est un temps d'hémostase, de mobilisation du côlon et de dissection du rectum.

Le temps périnéal est un temps de résection portant d'abord sur la muqueuse anale, puis sur la tunique rectale, et d'abaissement trans-sphinctérien du côlon. La résection de la muqueuse anale permet d'étendre l'indication de l'opération à des cancers bas situés (bord inférieur à 5 centimètres de l'anus). De plus, la section intestinale ne se fait que sur un côlon bien extériorisé. On réalise ainsi une véritable résection « en vase clos », ce qui réduit au minimum les risques d'ensemencement du champ opératoire.

Nous décrirons successivement la méthode avec section provisoire du sphincter, et la méthode sans section sphinctérienne, que pratique actuellement, presque dans tous les cas, Babcock.

A. — L'opération de Babcock avec section provisoire du sphincter

a) Temps abdominal

1° *Incision.* — On met le malade en Trendelenburg léger et inclinaison latérale droite. L'opérateur se place à droite.

On incise la peau suivant une ligne oblique, partant du rebord costal gauche, sur la ligne axillaire et aboutissant à un point situé sur le bord externe du grand droit gauche, à un centimètre au-dessus de l'épine du pubis.

On incise l'aponévrose du grand oblique, lie l'épigastrique à la partie inférieure de la plaie, désinsère le petit oblique et le transverse à leur terminaison sur l'aponévrose du grand oblique.

On incise alors le feuillet postérieur de la gaine des droits, et on pénètre ainsi dans la cavité abdominale.

Au lieu de désinsérer le petit oblique et le transverse, on peut les sectionner. De toute façon, l'incision de la paroi saigne peu. Il faut cependant lier l'épigastrique avec le plus grand soin, car les écarteurs pourraient arracher la ligature.

L'abdomen ouvert, on place une large valve sus-pubienne que l'on confie à un deuxième aide qui en fera varier la position au cours des diverses manœuvres opératoires. Cette manière de procéder nous paraît plus pratique que celle qui consisterait à user de l'écarteur de Ricard qui, lui, est fixe.

Le jour obtenu est considérable, on a un accès facile sur l'angle colique gauche, le côlon descendant et le côlon sigmoïde. L'incision a cependant l'inconvénient de ne pas permettre une bonne exploration du foie.

2° *Exploration.* — L'opérateur glisse quelques compresses péritonéales sur le grêle, afin de le protéger et de le refouler. D'ailleurs, du fait de l'inclinaison latérale, l'intestin grêle disparaît en grande partie sous la lèvre droite de l'incision et, de ce fait, n'est pas gênant.

Une main est glissée en direction du foie, à la recherche d'éventuelles métastases.

Le côlon sigmoïde est alors relevé, et on explore la lésion rectale.

3° *Libération colique.* — Le chirurgien attire alors, de la main gauche, le côlon descendant vers lui, et incise, au bistouri ou aux ciseaux courbes, le péritoine de la gouttière colique gauche. Il décolle ainsi le côlon descendant, puis il tire vers lui l'angle gauche, tendant ainsi les moyens de fixité de ce dernier qui sont sectionnés.

Le côlon descendant et l'angle gauche sont ainsi largement mobilisés.

La libération de l'angle est capitale. Il faut la faire à peu près systématiquement. C'est vraiment la clef d'une bonne mobilisation colique. Elle permet d'envisager la possibilité de l'abaissement, même dans des cas où le côlon sigmoïde forme une anse très courte.

4° *Hémostase du méso-sigmoïde et repérage du futur point de section du côlon.* — On procède à l'étude de la vascularisation du côlon sigmoïde, et on recherche quels vaisseaux il faudra lier. Si le méso est maigre, on voit facilement ces vaisseaux. S'il est gras, ce sera difficile. On pourra alors user de la transillumination.

C'est un temps très important dont dépendra, pour une grande part, le succès de l'opération. C'est aussi un temps extrêmement délicat. En effet, il ne faudra pas que la traction des vaisseaux compromette l'abaissement : un vaisseau qui tire doit être sectionné. Il ne faut pas non plus que l'anse que l'on abaissera soit mal vascularisée, et ce sont là deux objectifs opposés.

En principe, on repère la dernière sigmoïdienne. Il est exceptionnel qu'elle puisse être conservée. On incise le méso en zone avasculaire voisine, on dépouille l'artère de péritoine et la sectionne entre deux ligatures. On repère la zone d'intestin encore vascularisée : dans cette zone, les petits

vaisseaux coliques battent. La section future doit porter sur elle, mais assez haut pour être à au moins une quinzaine de centimètres de la limite supérieure de la tumeur. On repère donc ainsi le point de la future section colique en fonction de sa vascularisation. On abaisse ce point vers le pelvis pour se rendre compte que l'étoffe sera suffisante pour qu'il puisse être facilement extériorisé tout à l'heure, lors du temps périnéal. Si cette étoffe colique paraît insuffisante, il faudra sacrifier encore une sigmoïdienne. Les possibilités d'abaissement seront alors bien meilleures, mais le point de la future section devra être reporté plus haut. Avant de lier une sigmoïdienne, il est facile de prévoir l'effet de la ligature sur la vascularisation du côlon : il suffit de la comprimer. Notons qu'avant de lier un vaisseau, il faut le dépéritoniser pour que la ligature ne risque pas d'être arrachée si le méso tire tant soit peu lors de l'abaissement.

Il y a, en outre, avantage à faire les ligatures au fil non résorbable, lin par exemple ou fil métallique (Babcock). Dans ce temps de ligatures vasculaires, le méso a été coupé jusqu'au bord de l'intestin. On noue une compresse de gaze au point où portera la future section.

5° *Ligature de l'hémorroïdale supérieure.* — L'opérateur incise le péritoine de chaque côté du rectum et, luxant un peu l'ampoule rectale en avant, fait tendre le pédicule hémorroïdal supérieur qu'il sectionne entre deux ligatures.

Notons que beaucoup d'opérateurs lient l'hémorroïdale supérieure avant de lier les sigmoïdiennes.

6° *Dissection du rectum.* — Une main est glissée entre le rectum et la concavité sacrée, jusqu'aux releveurs. On incise ensuite le péritoine, en avant du rectum, derrière la vessie. On décolle alors l'ampoule sur les côtés, en ménageant les uretères qu'il est bon de repérer, et en liant les pédicules hémorroïdaux moyens avant de les sectionner, s'ils sont bien individualisés.

On décolle ensuite l'ampoule rectale, en avant, jusqu'aux releveurs, ce qui nécessite, chez la femme, si on ne fait pas l'hystérectomie, la ligature des ligaments utéro-sacrés.

Toute la libération rectale doit se faire surtout aux doigts, la main largement enfoncée dans la région. Il est à noter que, lors des tractions que l'on est obligé de faire, il y a avantage, si cela est possible, à tirer au moyen d'une pince en cœur placée au-dessous de la tumeur; on évite ainsi sa rupture possible. Le chirurgien tasse ensuite le côlon dans le pelvis, en y introduisant en premier l'extrémité de la mèche qui marque le point de la future section. On ne fait pas de péritonisation. Ceci se comprend facilement, car on a très peu de péritoine et beaucoup d'intestin tassé dans le pelvis. Il est donc impossible de péritoniser. D'ailleurs, l'expérience a montré que, d'une façon générale, l'absence de péritonisation n'entraîne aucun préjudice. On referme la paroi après ou sans pulvérisation de sulfamides. Certains drainent par l'incision abdominale, d'autres par l'incision périnéale. Babcock draine par l'abdomen, à l'aide d'un drain spécial qu'il place au fond du pelvis, et par lequel il fait de l'aspiration.

Bacon, qui a une grande expérience de la méthode, ferme l'abdomen sans drainage, et draine par le périnée.

b) *Temps périnéal*

On place le malade dans la position de la taille.

1° *Dilatation anale.* — On pratique la dilatation anale sans trop forcer, et on nettoie la partie basse de l'intestin que l'on bourre avec une mèche.

2° *Dissection de la muqueuse anale.* — On prend, au moyen de quatre petites pinces, les quatre points cardinaux de la muqueuse anale, à 1 ou 2 millimètres de la ligne ano-cutanée. On fait tenir ces pinces par les aides. On incise, au bistouri, entre les pinces, la muqueuse qui se trouve bien tendue. Au niveau de chaque pince, elle forme un angle

que l'on abat à l'aide des ciseaux. La muqueuse se trouve ainsi sectionnée sur tout son pourtour. Au fur et à mesure, elle a été prise avec des pinces de Kocher, que l'opérateur prend en masse dans sa main gauche. On clive ensuite la muqueuse vers le haut, vers le bas et sur les côtés, en la tendant au moyen des pinces de Kocher que l'on tient dans la main gauche. Au besoin, on se sert de petits écarteurs.

3° *Fermeture du manchon muqueux.* — Quand le dépouillement est remonté jusqu'à 4 ou 5 centimètres, on place un nœud qui ferme le manchon muqueux, et on remplace les pinces de Kocher par une unique pince en cœur qui servira désormais de tracteur.

4° *Section du sphincter et du raphé ano-coccygien.* — On relève alors la pince en cœur tracteur vers le haut, et on sectionne, sur la ligne médiane, la peau, le sphincter à 6 heures et le raphé médian des releveurs. L'incision va jusqu'au coccyx, que l'on n'a pas besoin de sectionner. Si on craint qu'elle ne soit pas suffisante, on poursuit un peu l'incision sur un côté du coccyx. On écarte les lèvres de la plaie avec deux fortes pinces, et on place une valve à la commissure postérieure de l'incision périnéale.

5° *Extériorisation de l'intestin avec la tumeur.* — On passe deux doigts à travers les releveurs, au niveau de l'incision du raphé médian. On tombe alors sur l'intestin, que l'on saisit et que l'on tire vers soi. On désinsère les adhérences des releveurs à la gaine du canal anal. On coupe circulairement cette dernière, à partir de sa brèche postérieure, au moyen de ciseaux courbes, et, en tirant au moyen de la pince en cœur placée sur la muqueuse, on extériorise de la plaie l'intestin jusqu'au repère de gaze placé au temps abdominal. Si ce temps abdominal a été correctement pratiqué, le repère doit, sans traction importante, se trouver extériorisé, de 7 à 8 centimètres au moins. Un aide soutient l'intestin pour que le poids de ce dernier, important à

cause de sa longueur, ne fasse pas de traction sur le méso-sigmoïde qui pourrait se déchirer.

6° *Reconstitution du sphincter et des releveurs.* — On place, sur les extrémités du sphincter sectionné, un catgut chromé que l'on ne lie pas. On passe deux crins doubles, prenant en bloc les lèvres de la plaie périnéale et les releveurs. On met de la poudre de sulfamides dans la plaie, ainsi qu'un gros drain et même, au besoin, une mèche. On noue les crins doubles et le catgut du sphincter.

7° *Section de l'intestin extériorisé.* — On sectionne alors l'intestin, de façon à en laisser pendre 7 ou 8 centimètres au moins. On place dans sa lumière un gros drain que quelques points fixent à la tranche de section intestinale.

On met une sonde à demeure dans la vessie, si on n'en a pas mis une avant de commencer l'opération, ce qui est préférable.

B. — L'opération de Babcock sans section sphinctérienne

Actuellement, Babcock ne pratique plus qu'exceptionnellement la section sphinctérienne qui n'est réservée qu'aux cas difficiles, ceux en particulier où la tumeur est volumineuse.

La technique est la suivante :

Le temps abdominal est inchangé, mais, là encore, plus que dans la première méthode, la dissection par l'abdomen doit être poussée à fond.

Le temps périnéal débute par une dilatation anale. On pratique ensuite la dissection du manchon muqueux du canal anal, et, lorsqu'on a poussé cette dissection assez largement au-dessus du sphincter, on traverse la musculeuse, et on attire le côlon à travers le sphincter dilaté.

On fait cependant une incision périnéale de drainage.

Cette technique respecte ainsi au maximum l'appareil sphincter-releveurs, mais elle est bien plus délicate que la première.

La section du sphincter et du raphé des releveurs donne, en effet, de grandes facilités. C'est pourquoi il nous semble bon que le chirurgien qui commence à pratiquer des opérations de Babcock ne se prive pas de ces avantages techniques qui ne se soldent pas par un résultat fonctionnel notablement moindre. En effet, on a pu contrôler que, le lendemain de l'opération avec section sphinctérienne, le sphincter est capable de se contracter sous l'influence de la volonté, sur le doigt introduit dans la lumière intestinale.

L'opération sans section provisoire du sphincter ne devrait donc être tentée que par un chirurgien déjà entraîné à la pratique de la première méthode. C'est d'ailleurs la conduite qui a été adoptée par Babcock.

Nous ajouterons qu'elle est plus facile à réaliser chez la femme que chez l'homme, chez lequel la dissection antérieure du rectum est souvent assez difficile du fait de la présence de la prostate et des vésicules séminales.

IV. — SOINS PER-OPÉRATOIRES

Au cours de l'opération, il faut surveiller le malade de très près. Il est bon de prendre la tension artérielle toutes les cinq ou dix minutes, et une pratique qui nous paraît recommandable consiste à installer, dès le début de l'opération, une transfusion en goutte à goutte à débit réglable. A la moindre chute de tension, le débit est accéléré. Si la défaillance est très marquée, l'opérateur peut même suspendre momentanément l'opération. Nous pensons qu'à condition de ne pas en employer de trop grosses quantités, le sang constitue le meilleur déchoquant, et nous nous méfions beaucoup des diverses drogues dites tonicardiaques, dont les effets stimulants peuvent être suivis d'une phase d'action inversée.

A défaut de sang, le plasma ou le Subtosan nous paraissent devoir être employés.

Dans tous les cas, on doit éviter les tractions brutales sur

l'intestin, qui sont très choquantes. On peut d'ailleurs infiltrer le méso-sigmoïde et les tissus péri-rectaux de novocaïne. Entre le temps abdominal et le temps périnéal, le changement de position doit être effectué avec la plus grande douceur, car il peut être cause d'une défaillance importante de l'opéré.

Si le malade a été très fatigué par le temps abdominal, il ne faut pas craindre d'attendre une demi-heure et même plus avant de passer au temps périnéal. Pendant cet arrêt, on fait de la réanimation, et on ne reprend le bistouri que lorsque la tension est remontée à un chiffre convenable. Si elle s'obstine à rester basse, on peut même envisager de renvoyer le temps périnéal au lendemain.

V. — SOINS POSTOPÉRATOIRES ET SUITES

Il faut surveiller l'opéré de très près. On fera systématiquement au moins 100.000 unités de pénicilline par jour, pendant au moins trois jours. Au besoin, on fera une dose plus élevée et plus prolongée. On pourra même en injecter par le drain.

De même, il faudra combattre, par les moyens usuels, l'état de choc qui peut s'installer; traiter une dilatation de l'estomac éventuelle.

Dans les cas favorables, les suites sont excellentes. L'intestin fonctionne au bout de quelques jours. Au besoin, on donne une purge vers le cinquième jour. On enlève le drain périnéal au bout de six ou sept jours, s'il ne coule pas ou plus. Au bout de dix jours, l'opéré peut se lever. Il peut quitter la clinique vers le vingtième jour. Le résultat fonctionnel sera envisagé dans un chapitre ultérieur.

Localement, l'intestin extériorisé se rétracte vers le haut, en partie. Le reste se sphacèle et tombe au bout de quelques jours. Dans ce cas, aucune retouche n'est à faire. Si la rétraction et le sphacèle sont insuffisants, on sera amené à réséquer tout simplement au thermocautère ou au bistouri

électrique, vers le dixième jour, la portion restante qui forme une sorte de prolapsus.

Complications

On peut voir apparaître une fistule. Elle est due à ce que la rétraction colique et le sphacèle sont remontés trop haut, c'est-à-dire ont dépassé le sphincter. Dans les cas légers, la fistule se tarira spontanément au bout d'un temps plus ou moins long; dans les cas graves, elle sera intarissable et pourra entraîner la mort. Cette complication se produit donc si l'intestin abaissé était mal vascularisé. Il s'agit, dans ce cas, d'une faute de technique.

A un degré de plus, un sphacèle très élevé peut entraîner une péritonite mortelle.

Une autre complication que l'on peut voir survenir est l'hémorragie. Elle est habituellement d'un type bien particulier. Elle est, en effet, en général, due au lâchage d'une ligature placée sur une sigmoïdienne et solidaire du méso. Elle peut être arrachée par la traction de ce dernier lors de l'abaissement, d'où le précepte de lier la ou les sigmoïdiennes au fil de lin et après les avoir déssolidarisées du méso. Dans certains cas même, une sigmoïdienne qui n'a pas été sectionnée, bien qu'elle limite l'abaissement, peut être rompue par des tractions intempestives lors du temps périnéal. Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces deux causes, le chirurgien voit arriver du sang en quantité anormale pendant le temps inférieur, et l'écoulement est continu. Bien que les chances de rétablir la situation restent problématiques, le seul remède possible consiste à ouvrir de nouveau le ventre pour assurer l'hémostase et activer la perfusion sanguine. Sans cela, l'opéré mourra d'anémie aiguë dans les heures qui suivront l'opération. Il est évident que, là encore, il s'agit d'une faute de technique.

Une autre complication possible, mais rare, est l'occlusion postopératoire. Nous en parlerons plus loin, lorsque

nous discuterons les objections qu'à soulevées l'absence de péritonisation.

Dans l'ensemble, on peut dire que, exécutée de façon correcte, l'opération de Babcock ne donne que rarement des complications.

Dans les suites éloignées, on peut voir survenir des métastases hépatiques. Il y en a trois parmi les dix observations du Docteur Nard rapportées plus bas.

Ce chiffre peut paraître important, et il pourra encore augmenter. Nous ne pensons pas, cependant, que la technique de Babcock en soit responsable, car les métastases hépatiques sont aussi extrêmement fréquentes après une amputation abdomino-périnéale ou après tout autre procédé de cure chirurgicale de cancer du rectum. Nous n'oublions pas que c'est la cause la plus fréquente des décès tardifs, quelle que soit la méthode employée.

CHAPITRE II

ÉTUDE DE QUELQUES LÉGÈRES MODIFICATIONS DE LA TECHNIQUE

I. — L'incision

Il est certain que l'incision de Babcock, telle que nous l'avons décrite, oblique gauche, est très pratique. Nous avons vu qu'elle donne un jour excellent et un accès facile sur le côlon descendant et le sigmoïde. A ce point de vue là, aucune autre incision ne peut lui être comparée.

Cependant, elle n'est peut-être pas idéale pour les manœuvres basses (dissection du rectum dans l'espace pelvi-rectal inférieur), manœuvres cependant de première importance, puisque lorsqu'on passe au temps périnéal, la dissection rectale doit être complète. Nous avons déjà dit que l'emploi d'une large valve sus-pubienne tenue par un deuxième aide est préférable à l'écarteur de Ricard. En outre, il est indispensable d'avoir de très longs instruments (aiguilles, pinces, ciseaux). C'est pourquoi, lorsqu'on prévoit que le côlon sigmoïde est long et mobile et que, par conséquent, on ne sera pas obligé de décoller le côlon descendant, ni de libérer l'angle gauche pour faire l'abaissement, le Docteur Villar propose de donner la préférence à la laparotomie médiane, avec laquelle on a un accès plus facile sur le rectum et la vessie. Pour faire cette prévision, il utilise le lavement baryté qui permet d'appré-

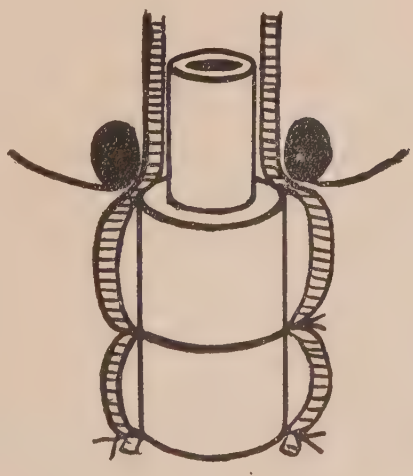
cier la longueur du sigmoïde et sa mobilité. Bien entendu, dans les cas où il est court et peu mobile, on emploie l'incision de Babcock, car le décollement colique serait sinon impossible, du moins très laborieux par l'incision médiane.

Cette dernière a un autre avantage : en la prolongeant au-dessus de l'ombilic, on peut explorer le foie, manœuvre malheureusement impossible avec l'incision de Babcock.

II. — Procédé destiné a éviter une ascension trop importante du côlon extériorisé

Nous avons vu qu'à la fin de l'intervention, on laissait pendre au dehors un segment de côlon long de 7 ou 8 centimètres qui, dans les jours suivant l'opération, remontait pour disparaître entièrement ou partiellement. Il peut arriver que cette ascension soit trop importante et que l'orifice intestinal finisse par se trouver, tout au moins en partie, au-dessus du sphincter, surtout si une portion de cet intestin extériorisé s'est sphacélée. Il en résulte alors une fistule.

Le Docteur Nard a imaginé un dispositif qui permet d'obvier à cet inconvénient et qui s'est montré très efficace. Il est très simple à exécuter, plus difficile à décrire; un schéma en facilitera la compréhension.



On prend deux drains en caoutchouc qui s'emmanchent exactement l'un dans l'autre. Le plus gros doit mesurer 2,5 centimètres environ de diamètre extérieur. On place le moins large dans l'autre en le faisant dépasser de 2 centimètres environ.

On introduit cet ensemble dans le côlon et on le pousse jusqu'à ce que l'on éprouve une résistance : la partie proéminente du drain le moins gros a dépassé le sphincter, le bord du gros drain est arrêté par lui. Le dispositif est en place. On coupe les drains au ras de l'orifice colique que l'on solidarise avec leur tranche de section au moyen de quelques points. Un solide fil de lin est serré et noué autour du cylindre intestinal, à 1,5 centimètre ou 2 centimètres de son extrémité supérieure. Il produira, par compression des tuniques intestinales contre les drains en ce point, un sphacèle de celles-ci dans toute la portion située au-dessous de lui.

Lorsque les drains tomberont, au bout de quelques jours, le côlon, s'étant à peu près accolé aux tissus voisins dans sa traversée de la partie inférieure du pelvis et du canal anal dépouillé, n'aura plus guère tendance à remonter. La partie extériorisée, qui ne mesurera plus que 1 ou 2 centimètres, pourra, dans certains cas, se réduire; dans l'éventualité inverse, on la sectionnera au bistouri électrique ou au thermocautère.

Ce dispositif très ingénieux est tout à fait recommandable. Il a donné entière satisfaction au Docteur Nard qui l'emploie depuis un certain temps.

Dans les dernières opérations de Babcock qu'il a pratiquées, il place même le fil de lin de striction destiné à limiter le sphacèle, au ras de la partie supérieure du gros drain. Il n'a plus ainsi à faire de retouche par la suite.

CHAPITRE III

LE RÉSULTAT FONCTIONNEL DE L'OPÉRATION DE BABCOCK

Disons tout d'abord qu'avec ou sans section du sphincter, les résultats fonctionnels sont pratiquement identiques.

Nous pourrons donc les étudier en bloc.

Auparavant, il nous paraît utile de rappeler quelques notions concernant la physiologie de l'appareil sphinctérien.

Voyons d'abord quels sont les éléments de cet appareil complexe et quel est leur rôle respectif.

1° *Muscles.* — *a)* Les releveurs, innervés par des collatérales du plexus honteux, venant de S 3 ou accessoirement de S 2 et S 3.

Ils sont constitués de deux parties, une externe qui est constrictrice de l'anus, et une interne qui joue un rôle d'occlusion en augmentant, en se contractant, le coude entre rectum et canal anal.

b) Le sphincter, qui est double : sphincter externe, strié, recevant son innervation de S 3, et sphincter interne, lisse, qui est un épaississement de la couche musculaire circulaire profonde du rectum.

2° *Muqueuse.* — C'est la muqueuse anale avec sa sensibilité particulière, point de départ de réflexes importants.

On peut considérer en gros que l'ensemble releveurs et sphincter externe, tous muscles striés soumis à la volonté,

joue un rôle dans la résistance au besoin (à condition toutefois que celui-ci soit ressenti) et dans l'évacuation d'une ampoule rectale pleine.

La muqueuse anale et le sphincter lisse forment un couple sensitivo-moteur. La sensibilité particulière de la muqueuse entraîne la sensation de besoin lorsque l'ampoule est pleine et, du même fait, un réflexe amenant la contraction, évidemment involontaire, du sphincter lisse qui empêche l'évacuation avant même que la volonté, par l'intermédiaire des muscles striés, soit venue renforcer cette action.

Le ténesme est une exagération de ce réflexe. C'est encore ce réflexe qui est à la base de la pathologie de la fissure anale.

Les opérations qui conservent tous ces éléments et leur innervation sont, en principe, idéales au point de vue fonctionnel. Malheureusement, elles ont, d'après nous, des inconvénients d'un autre ordre sur lesquels nous nous expliquerons dans un autre chapitre. C'est pourquoi nous leur préférons l'opération de Babcock, dont le résultat fonctionnel n'est pas aussi parfait. Quel est-il cependant ?

Envisageons-le d'un point de vue théorique et d'un point de vue pratique.

Théoriquement, la sensation de besoin doit disparaître du fait de la suppression de la muqueuse anale, la muqueuse colique étant bien moins sensible. La disparition n'est peut-être pas absolument complète si l'on a soin de laisser en place un liséré de muqueuse anale. Par contre, la possibilité de contraction volontaire persiste, ainsi d'ailleurs que le tonus du sphincter strié, ce qui évite la béance de l'anus.

Malgré tout, et toujours d'un point de vue théorique, le nouvel anus devrait être incontinent par défaut de contrôle automatique.

Pratiquement, si l'on observe des malades opérés depuis un certain temps, on s'aperçoit qu'à une courte période

d'incontinence postopératoire succède une longue période d'adaptation progressive (plusieurs mois), qui aboutit à une fonction presque normale.

Traian Nasta, décrivant une opération endo-anale ou abdomino-endo-anale aboutissant à un anus tout à fait comparable à celui que donne l'opération de Babcock, affirme que la muqueuse colique acquiert peu à peu une sensibilité comparable à celle de la muqueuse anale et que la contraction du sphincter, d'abord uniquement volontaire, devient aussi par la suite un acte réflexe.

Voici ce qu'il écrit : « La sensation produite au niveau de la muqueuse du néo-sphincter se transmet au centre ano-médullaire par les filets du plexus mésentérique inférieur (contrairement à l'anus normal où elle se transmet par les fibres du plexus hypogastrique) et la commande des contractions de l'appareil sphinctérien se fera (comme normalement) par l'intermédiaire du nerf anal et de la quatrième paire sacrée ».

Nous avons là un exemple des nombreuses adaptations fonctionnelles que la nature réalise constamment sous nos yeux pour pallier les conséquences souvent offensantes des actes chirurgicaux, modelant ainsi l'œuvre du chirurgien.

Mais, tout de même, il faudra aider la nature à jouer ce rôle bienfaisant, et cela au moyen de règles hygiéniques dont l'importance est capitale. Dans les premières semaines qui suivent l'opération, il est indispensable de donner tous les matins un lavement évacuateur et de faire porter au malade une garniture.

Certains seront obligés, par la suite, de s'astreindre indéfiniment à ces précautions, mais ils sont très rares. Dans un nombre très important de cas, au bout de quelques mois, on pourra supprimer les lavements. L'opéré se présentera tous les matins à heure fixe à la selle. Il n'y aura pas d'autre selle pendant le reste de la journée. Tout au plus, quelques gaz pourront s'échapper. Le port d'une garniture sera inutile. Cependant, même dans ces bons cas, si survient une

période de diarrhée, l'incontinence apparaîtra, et le port d'une garniture deviendra indispensable jusqu'au retour des selles solides. Dans l'ensemble, les opérés se trouvent satisfaits et peuvent mener une vie active.

Dans de rares cas, le résultat est médiocre, les malades se salissent. Mais il s'agit alors, en général, de gens peu intelligents et très négligents qui se refusent à appliquer les mesures hygiéniques dont nous avons parlé.

Ce sont des infirmes, mais, du fait de leur état mental, ils souffrent peu de leur infirmité qui est plus pénible pour leur entourage que pour eux-mêmes.

Ces quelques mauvais cas ne peuvent suffire à jeter le discrédit sur la méthode.

Nous dirons d'ailleurs à ce sujet que si, en France, la plupart des chirurgiens estiment, conformément aux théories classiques, qu'il vaut mieux un anus iliaque qu'un mauvais anus périnéal, une telle opinion n'est pas aussi communément admise en Amérique. Elle est, en tout cas, opposée à celle de Babcock qui est un partisan à tout prix de l'anus périnéal, et cela avec preuves à l'appui. Babcock a, en effet, transporté au périnée, avec une collerette de peau, des anus iliaques de malades ayant subi une opération mutilante et, après une telle transplantation, grâce à de bons soins d'hygiène, malgré l'absence de sphincter, ces malades se sont trouvés satisfaits, estimant que leur état était très amélioré. Certains, qui avaient abandonné le travail, l'ont repris. Et cependant, un tel anus est loin de valoir le plus mauvais anus résultant de l'application du procédé de Babcock.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CRITIQUE DU PROCÉDÉ DE BABCOCK

I. — SES POSSIBILITÉS QUANT A L'ÉTENDUE DE L'EXÉRÈSE

Les possibilités d'exérèse vers le haut sont très grandes et permettent une très large extirpation d'intestin et de méso-sigmoïde, avec les adénopathies qu'il peut contenir. En effet, pour pouvoir faire l'abaissement, on est amené à placer le futur point de section plus haut qu'il ne serait nécessaire, puisque l'on est obligé de couper au moins une sigmoïdienne pour pouvoir abaisser l'intestin, ce qui interdit de conserver toute la portion colique qui se trouve ainsi ischémiée. Et, de fait, il est rare que les pièces opératoires mesurent moins d'une trentaine de centimètres de long. La zone de sécurité (15 centimètres environ au-dessus de la tumeur) se trouve donc largement atteinte, même pour des cancers haut situés.

Il faut cependant attirer l'attention sur un point : pour que le côlon puisse être abaissé, il faut de l'étoffe méso-sigmoïdienne. Si les adénopathies mésentériques remontent très haut, tout le méso-sigmoïde, et donc aussi tout le sigmoïde, doivent être enlevés. L'opération de Babcock ne peut donc être pratiquée. Il faut alors effectuer un Hartmann (Docteur Villar). Cette éventualité n'est heureusement pas très fréquente.

En ce qui concerne les possibilités d'exérèse vers le bas, elles ont une limite : si, pour ce qui est de la muqueuse, on peut, le cas échéant, la supprimer jusqu'à la ligne ano-cutanée, on est obligé, par définition, de laisser sphincter et releveurs.

Ces quelques considérations vont nous permettre d'envisager maintenant quels sont les cancers qui peuvent être traités par l'opération de Babcock.

II. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OPÉRATION DE BABCOCK

A. — D'après la situation en hauteur

Nous envisagerons les différents sièges du cancer en allant de haut en bas.

a) *Cancers recto-sigmoïdiens et rectaux hauts.* — Ils constituent pour nous une indication de l'opération. Cette forme permet d'ailleurs de garder un bon liséré de muqueuse anale, le résultat fonctionnel s'en trouvera amélioré.

Nous trouvons même la méthode de Babcock supérieure à la simple résection avec anastomose sur tube, telle que l'a préconisée Bergeret, et qui laisse assez souvent dans les suites opératoires un certain degré de sténose. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir ultérieurement sur ce point. Disons cependant que Babcock n'applique pas son procédé dans ces cas. Il préfère l'anastomose.

b) *Cancers de la partie moyenne du rectum.* — Ils constituent l'indication type de l'opération de Babcock.

c) *Cancers bas situés.* — Ils constituent eux aussi une indication, s'ils ne sont pas trop avancés et s'ils sont situés à 5 centimètres au minimum de la marge de l'anus.

Les cancers situés au-dessous de cette limite ne sont pas justiciables de l'opération de Babcock, mais ce sont les plus rares.

B. — D'après le degré d'extension du cancer

On peut adopter ici les mêmes principes que ceux qui régissent les autres opérations de cancer du rectum.

Il est bien évident que certains cancers sont inextirpables, quel que soit le procédé que l'on puisse envisager. Un cancer inopérable par amputation abdomino-périnéale l'est aussi par la méthode de Babcock.

Il est certain, cependant, que la limite de l'opérabilité variera avec l'adresse de l'entraînement du chirurgien.

Par le procédé que nous étudions, mais à condition d'être bien entraîné, on pourra enlever un fragment de prostate, les vésicules séminales, une partie de la paroi vaginale, voire même, mais tout à fait exceptionnellement, un fragment de vessie (Babcock).

Toutefois, ici, nous devons faire quelques restrictions : en effet, nous avons remarqué que si l'on n'a pas réussi à disséquer complètement le rectum lors du temps abdominal, le temps périnéal devient d'une difficulté extrême. C'est dans ces cas que l'on ouvre l'urèthre, la vessie, le rectum. Ces mécomptes sont faciles à comprendre : la technique employée devient illogique, puisqu'on fait une incision postérieure, qui correspond par conséquent à une région où le rectum est toujours bien disséqué, alors qu'on n'expose pas largement la partie antérieure qui, elle, est le siège de toutes les difficultés.

En effet, le décollement postérieur, lors du temps abdominal, est en général assez simple, on arrive bien jusqu'au coccyx. Par contre, chez l'homme, on trouve souvent de grandes difficultés en avant et il arrive que l'on n'en vienne pas à bout.

Nous pensons avec le Docteur Villar que, dans ces cas, il sera utile d'ajouter à l'incision postérieure, lors du temps périnéal, une incision transversale pré-anale, faisant ainsi un emprunt à la technique de Cunéo et Zagdoun. L'incision pré-anale permettra d'achever le clivage entre le rectum et

la vessie et la prostate, avec au besoin résection d'une partie de cette dernière; l'incision rétro-anale servira à attirer le côlon quand la dissection sera terminée.

Bien entendu, la muqueuse anale aura été dépouillée et le côlon sera abaissé à travers le sphincter. Il sera évidemment exceptionnel d'employer cette variante de technique chez la femme où la séparation du rectum et du vagin se fait habituellement très facilement, et chez laquelle on peut d'ailleurs sans grande difficulté enlever un fragment de la paroi postérieure du vagin.

Pratiquement, l'indication n'en sera posée que chez l'homme, dans les cas où, lors du temps abdominal, la dissection antérieure n'aura pas pu être poussée jusqu'au bout.

Mais, même au moyen de cette technique modifiée, certains cancers avancés ne peuvent être justiciables que de l'amputation : ceux qui sont propagés aux fosses ischio-rectales. Pour eux, aucune opération conservatrice ne peut être de mise. La méthode logique est celle qui cure les fosses ischio-rectales, emporte les releveurs et le sphincter.

La clinique ne démontre pas toujours de façon formelle l'existence d'une telle extension. Ce n'est parfois que l'abdomen ouvert, et même le rectum en partie disséqué, que l'on peut en prendre une connaissance précise.

Il ne faut pas craindre dans ce cas, alors qu'on est parti pour un Babcock, de changer de tactique et de pratiquer une amputation.

Nous pouvons maintenant, après cette étude, montrer comment nous envisageons le traitement du cancer du rectum en général, d'après le siège et l'extension de la lésion. Nous verrons que l'opération de Babcock y tient pour nous une large place.

Nous distinguerons cinq groupes de malades.

Premier groupe. — Malades présentant un cancer très étendu, au-dessus de toute ressource thérapeutique, et malades ayant un cancer secondaire du foie cliniquement

évident et très évolué. Pour eux, aucune opération radicale ne peut être de mise.

Seul, l'établissement d'un anus iliaque définitif peut être envisagé.

Deuxième groupe. — Malades âgés et très fatigués, ayant un cancer relativement peu avancé. Pour eux, D'ALLAINES propose l'opération par une seule voie. Nous nous rangerions à cet avis pour les cas extrêmes; mais pour tous les autres, à condition qu'ils soient à plus de 5 centimètres de l'anus, nous proposerions l'opération de BABCOCK qui, bien pratiquée, n'est guère plus choquante.

Troisième groupe. — Malades ayant un cancer recto-sigmoïdien ou de la partie supérieure du rectum. Ils seront traités par le BABCOCK.

Quatrième groupe. — Malades ayant un cancer de la partie inférieure du rectum, à plus de 5 centimètres toutefois de l'anus. Si le cancer n'est pas trop avancé, nous emploierons l'opération de BABCOCK; dans le cas contraire, l'amputation abdomino-périnéale.

Cinquième groupe. — Malades ayant un cancer situé à moins de 5 centimètres de l'anus. Même si la lésion est peu avancée, nous proposons l'amputation adbomino-périnéale.

Les cancers de l'anus seront traités par les moyens physiques (radium, rayons X).

Rappelons enfin la restriction que nous avons faite plus haut pour les cas où, lors du temps abdominal, des adénopathies remontant très haut, on est obligé de sacrifier tout le méso-sigmoïde et tout le côlon sigmoïde, et de pratiquer un HARTMANN.

Nous terminerons ce paragraphe en disant que l'opération de BABCOCK nous paraît applicable chez 60 p. 100 environ des malades atteints d'un cancer du rectum encore opérable.

III. — OBJECTIONS CONTRE L'OPÉRATION DE BABCOCK

Première objection

La suppression de la muqueuse entraîne la perte de la sensibilité anale, d'où l'absence de contrôle automatique; donc une opération à objectif fonctionnel suppose la conservation de la muqueuse anale.

Cette objection est évidemment la plus sérieuse que l'on puisse faire à la méthode.

Nous y répondrons en renvoyant à notre chapitre sur le résultat fonctionnel de l'opération. Nous avons vu qu'en pratique ce résultat est très acceptable, et si, au début, Babcock voyait 40 % de ses malades contraints de porter une garniture, ce pourcentage a certainement beaucoup baissé actuellement, car à ce moment-là il ne faisait pas exactement l'opération telle que nous l'avons décrite, mais des opérations plus complexes et moins réglées que l'opération actuelle.

Et puis, nous pensons que l'opération de Babcock a des avantages sur les autres méthodes. Que nous proposerait-on à sa place ? Les résections par voie basse pure ? Nous les éliminons d'emblée, car elles sont incapables d'enlever les propagations lymphatiques hautes qui sont primordiales. La résection abdomino-sacrée ? Nous trouvons illogique de pratiquer une résection osseuse en milieu infecté, les anastomoses, de plus, ont trop de difficulté à tenir et, de fait, avec cette technique, les fistules sont fréquentes, et la mobilisation du périnée antérieur ne suffit pas toujours à les tarir.

Pour les cancers sigmoïdiens, on pourrait nous opposer l'anastomose sur tube colo-rectal telle que la pratique Bergeret. Nous lui préférons l'opération de Babcock pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, l'intubation réalise une section intestinale

dans l'abdomen avec ses risques d'infection. En outre, on fait confiance aux hémorroïdales moyenne et inférieure pour assurer la vascularisation du rectum restant, d'où danger de sphacèle qui, se faisant dans la cavité abdominale, entraîne une péritonite aiguë mortelle. Les chirurgiens qui pratiquent cette opération le savent bien, puisque, s'ils voient que la tranche rectale saigne peu, ils n'hésitent pas à faire une recoupe.

De plus, on peut voir survenir une sténose qui prend naissance au niveau du bout supérieur. Il est vrai que certains pensent pouvoir l'éviter en fendant longitudinalement ce bout supérieur pour en sectionner les fibres circulaires.

Et, de fait, après l'intubation, on voit survenir chez certains malades des crises de sub-occlusion lorsque la fistule cæcale est fermée.

C'est pourquoi nous donnons, là encore, la préférence à l'opération de Babcock qui, à notre avis, donne peut-être des résultats fonctionnels un peu moins bons que ceux des meilleures réussites de l'intubation, mais qui, dans l'ensemble des cas, nous paraissent plus réguliers.

Deuxième objection

La conservation des releveurs et l'absence de curage des fosses ischio-rectales expose aux récidives.

Cette objection ne vaut évidemment que pour les cancers bas situés, ceux qui sont au-dessous de la troisième valvule de Houston, si l'on adopte celle-ci comme limite entre les cancers hauts et les cancers bas, comme le fait le Professeur F. Papin dans son article de la *Presse Médicale* de 1944.

Au point de vue lymphatique, ces cancers se propagent essentiellement vers le haut, comme l'ont montré les travaux du Professeur Mondor et du Professeur Villemin sur les lymphatiques du rectum, et comme le rappelle le Professeur Papin dans son article de la *Presse Médicale*. Donc, à

ce point de vue, l'opération de Babcock n'est pas critiquable.

En ce qui concerne l'extension locale, nous nous sommes déjà expliqué à ce sujet. Nous pensons qu'à côté de l'amputation abdomino-périnéale que propose pour eux le Professeur Papin, on peut faire une place à l'opération de Babcock pour ceux qui sont peu avancés, à moins qu'ils soient situés vraiment trop bas (moins de 5 centimètres de l'anus). Nous avons dit que, d'ailleurs, ce ne serait parfois qu'au cours de l'intervention que la décision serait prise.

L'objection ne tient donc que pour des opérations de Babcock pour lesquelles l'indication serait, selon nous, mal posée.

Quand la méthode est indiquée, les récidives ne sont pas plus fréquentes qu'avec les autres techniques, l'amputation en particulier.

Troisième objection

Si l'anse sigmoïde et son méso sont courts, l'opération n'est pas réalisable.

Il est certain que nous touchons là au point névralgique de la question.

Il est indispensable, avant d'émettre des opinions, de faire un court rappel anatomique.

P. Duval a décrit quatre types de côlons pelviens :

1° Côlon pelvien long avec méso long;
2° Côlon pelvien long avec méso court;
3° Côlon pelvien court avec méso long;
4° Côlon pelvien court avec méso court.

Il est évident que le premier type est très favorable et rend l'abaissement particulièrement facile. C'est lui qui se rapproche le plus de la disposition embryonnaire. D'après Testut, il correspond à l'éventualité la plus fréquente. En principe, les trois autres types ne diffèrent de celui-ci que par une extension plus grande du processus d'accolement. On peut donc, par décollement du côlon descendant,

donner de l'étoffe au méso, et par décollement de l'angle gauche, donner de la longueur à l'intestin. On arrive ainsi à ramener ces cas défavorables au premier type.

Pratiquement, dans les cas extrêmes, on pourra peut-être se trouver obligé de renoncer à l'opération, mais cette éventualité nous paraît très rare. La rencontrer forcerait à employer une autre technique. La méso-sigmoïdite rétractile nous paraît pouvoir réaliser une telle éventualité.

On nous objectera alors que, même avec une étoffe mésocolique et une longueur intestinale suffisantes, les possibilités d'abaissement se trouveront compromises par la traction des artères sigmoïdiennes. Nous avons déjà dit que l'on doit lier une ou deux sigmoïdiennes, souvent pour éviter cette traction, quitte à rapporter un peu plus haut le point de la future section intestinale. Nous avons dit aussi qu'en explorant les vaisseaux droits en comprimant une sigmoïdienne que l'on se propose de lier, il est possible de se rendre compte de la limite qu'atteindra la zone ischémiée. Cette limite se trouve bien au-dessous du point intestinal situé en regard de la dite sigmoïdienne. On peut compter sur une certaine longueur d'arcade sous-jacente. Ajoutons même qu'il s'agit non d'une arcade simple, mais de plusieurs arcades au niveau du côlon sigmoïde.

On n'a pas la prétention d'amener la terminaison d'une sigmoïdienne jusqu'à la région anale, qu'il s'agisse de la première, de la deuxième ou de la troisième. Si l'on ne pouvait faire confiance à une certaine longueur d'arcades sous-jacentes, il ne servirait à rien de lier une artère sigmoïdienne, car la suivante poserait le même problème.

De ces considérations découle un précepte essentiel : respecter les arcades.

Quatrième objection

L'absence de péritonisation est un grave inconvénient, en particulier un facteur d'occlusion.

La pratique montre que l'occlusion postopératoire, ou même tardive, est très rare.

Il peut arriver cependant que l'on aperçoive, à travers l'incision périnéale, le côlon ayant été abaissé, une anse grêle procidente, ce qui ne manque pas d'inquiéter le chirurgien. Il serait bon, dans ce cas, de mettre en place une mèche assez tassée.

Le Docteur Nard a observé une fois une telle éventualité, c'est la conduite qu'il a adoptée, il ne s'est pas produit d'occlusion.

De fait, la péritonisation est impossible, et cela pour deux raisons : il reşte trop peu de péritoine, et il y a trop d'intestin à recouvrir.

Il y a très peu de péritoine, car l'opération doit se pratiquer comme un Wertheim. On doit repérer les uretères et les respecter, tout le reste doit partir avec la pièce opératoire. Il y a beaucoup d'intestin à loger dans le pelvis à la fin du temps abdominal, car grâce à la mobilisation de l'angle gauche, le point de la future section est rapporté très haut, ce qui donne de grandes garanties et constitue, à notre sens, un des principaux avantages de la métohde. Nous avons déjà dit que la pièce opératoire mesurait, en général, au moins 30 centimètres. Mais Babcock pense que la péritonisation, praticable dans d'autres types d'opérations, est au contraire un facteur d'occlusion. Il dit que la traction des lambeaux peut causer leur écartement entre deux points, ou des déchirures entre lesquelles la pression des anses grêles peut déterminer l'engagement ou la coudure de l'une d'entre elles.

Cependant, il est certain que la péritonisation, en tant que moyen d'isolement de l'espace pelvi-rectal inférieur, est un avantage dont se trouve privée l'opération de Babcock. Effectivement, on peut observer, dans les cas où le temps périnéal a été très laborieux et, de ce fait, plus ou moins septique, une propagation de l'infection vers la cavité péritonéale, ce qu'aurait peut-être évité un diaphragme péritonéal.

C'est ainsi que l'on pourrait voir s'installer, heureusement

rarement, une péritonite larvée (le malade est sous pénicilline) qui n'en entraîne pas moins la mort (Docteur Villar).

L'opération française abdomino-transanale classique ne diffère guère de l'opération de Babcock que par la présence de la péritonisation rendue possible par une exérèse moins importante vers le haut. Elle n'utilise pas le décollement du côlon descendant et de l'angle splénique, ce qui fait qu'elle n'est applicable que si le sigmoïde et son méso sont longs. C'est en raison de cette moindre étendue de l'exérèse vers le haut que nous lui préférons l'opération de Babcock.

Nous reconnaissons cependant qu'entre des mains exercées, l'abdomino-transanale peut supporter la comparaison avec l'opération américaine, comme en témoignent les observations du Professeur F. Papin, et la belle série de dix cas rapportée par le Professeur Massé, avec une mortalité nulle, trois récidives et un très bon résultat fonctionnel.

Cinquième objection

L'incision de Babcock ne permet pas d'explorer l'état du foie.

Il est exact qu'il est absolument impossible de voir le foie. Mais on peut arriver à glisser la main en direction de ce viscère, et à palper ainsi des métastases éventuelles.

Cependant, il est certain que tout le foie ne peut être ainsi exploré, et que des métastases peuvent passer inaperçues. Il n'en est pas de même quand on emploie une incision médiane qui, à ce point de vue, serait bien plus pratique. Une des malades du Docteur Nard, dont nous citons l'observation, est décédée de métastase hépatique, au bout de six mois. Il est probable que cette lésion devait déjà exister au moment de l'opération, mais l'incision de Babcock ne permettait pas de la déceler. On n'a cependant pas à regretter, nous semble-t-il, d'avoir pratiqué l'exérèse du cancer rectal de cette malade, car on lui a permis ainsi de mener une vie convenable pendant quelques mois.

C'est pourquoi nous pensons qu'une métastase hépatique,

non cliniquement décelable, ne constitue pas une contre-indication à la cure chirurgicale du cancer du rectum. Même évidente, elle n'est pas une contre-indication pour Babcock. La constater lors de l'opération ne changerait donc, pour nous, rien quant à la conduite à tenir. Il faut reconnaître, cependant, que nous nous privons des indications qu'une telle constatation nous donnerait pour établir le pronostic.

Cependant, ceux qui tiendraient absolument à cette vérification, pourraient envisager d'utiliser la laparotomie médiane, quitte à pratiquer un débridement latéral pour effectuer le décollement de l'angle splénique. Cette incision est évidemment un peu plus délabrante que celle de Babcock.

On pourrait aussi incriminer l'incision de Babcock de n'être pas très pratique pour les manœuvres pelviennes, du fait qu'elle n'atteint pas la ligne médiane.

Disons, à ce sujet, que l'on peut, en bas, la faire mordre sur l'insertion inférieure du grand droit gauche.

M. le Professeur Dufour a même envisagé de pratiquer une incision en baïonnette médiane, en bas, transversale à sa partie moyenne, et verticale et latérale à sa partie supérieure.

IV. — AVANTAGES DE L'OPÉRATION DE BABCOCK

Nous ne reviendrons pas sur l'avantage majeur qu'est la conservation du sphincter, nous examinerons seulement quelques points particuliers qui rendent pour nous la méthode très séduisante.

Tout d'abord, l'opération de Babcock, correctement pratiquée, est relativement peu choquante. On est étonné de voir des malades, pourtant âgés, opérés par un chirurgien entraîné, sortir de la salle d'opération avec un bon pouls et bénéficier de suites opératoires comparables à celles d'une opération bénigne. Cependant, certains prétendent que cette incision oblique gauche est un facteur de choc.

En réalité, elle constitue une voie d'abord directe sur le sigmoïde et le côlon descendant, ce qui permet de réduire au minimum les tractions sur ces organes.

Un autre avantage bien spécial est cette ablation du rectum « en vase clos ». Aucune section n'est pratiquée au temps abdominal. Au temps périnéal, l'anus est bien désinfecté, et le manchon muqueux anal rapidement fermé, dès qu'il est suffisamment disséqué. Lorsque la section colique est faite, le côlon est largement extériorisé. Les manœuvres septiques sont donc réduites au minimum.

La continuité est assurée sans anastomose, on supprime ainsi les dangers de la désunion.

L'absence d'anastomose évite aussi l'anus iliaque, ce qui réduit considérablement la durée de l'hospitalisation. Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire plus haut, le malade, dans les cas favorables, peut se lever au bout de huit jours, et sortir de l'hôpital au bout de vingt jours.

En outre, l'opération de Babcock permet une exérèse large, ce qui la rend applicable à un grand nombre de cas.

De plus, autre avantage, que l'on trouve d'ailleurs dans les autres opérations conservatrices, la pratique toujours possible du toucher rectal permet de reconnaître rapidement une récidive locale, et d'effectuer ainsi une réintervention lorsqu'il est encore temps.

Enfin, grâce au décollement du côlon descendant et de l'angle colique gauche, l'opération est réalisable, même dans les cas anatomiquement défavorables.

OBSERVATIONS

Voici des observations d'opérations de Babcock. Elles sont au nombre de onze. L'une nous a été donnée par M. le Docteur Villar, de Bordeaux, les dix autres par M. le Docteur Nard, de Libourne. Nous les remercions de leur obligeance.

Observation I

Docteur Villar (Bordeaux).

Mme P..., soixante ans, entre à la Clinique Darnal, le 20 septembre 1947, adressée de la région de Pau, au Docteur Villar, par le Docteur Jaime.

Elle présente, au toucher, un cancer du rectum manifeste, situé à 10 centimètres environ du sphincter. La tumeur n'est pas adhérente, ni en avant, ni en arrière. Elle évolue depuis huit mois. L'état général n'est pas très bon, bien que la malade soit assez grasse.

Opération de Babcock, le 8 octobre 1947. Anesthésie éther-oxygène.

Longue incision oblique de la fosse iliaque gauche avec ligature des vaisseaux épigastriques.

Décollement très satisfaisant de tout le côlon gauche, et libération et déroulement complet de l'angle gauche. La libération pelvienne se fait aussi de façon très satisfaisante. Le décollement postérieur va jusqu'au sphincter, le décollement antérieur n'est pas tout à fait complet. Hémostase des vaisseaux hémorroïdaux moyens, des deux côtés. On place de l'exoseptoplix dans les zones décollées. On place deux drains abdominaux, un supérieur et un inférieur. L'hémostase est

excellente. Le ventre est rapidement refermé aux crins profonds perdus et aux crins cutanés.

L'état général de la malade est resté bon, la tension n'a que très peu baissé. On installe un Subtosan intraveineux et, sans se presser, sous une anesthésie minime, on commence le deuxième temps, une vingtaine de minutes après la fin du premier temps : on fait un décollement très satisfaisant de la muqueuse ano-rectale, jusqu'au-dessus du sphincter. On la ferme en bourse, au moyen d'une solide soie. On pratique une incision postérieure du sphincter et du plancher pelvien, jusqu'au coccyx. On trouve tout de suite le clivage postérieur. Quelques coups de ciseaux en avant permettent de trouver assez rapidement le clivage antérieur.

L'intestin descend à ce moment là et s'extériorise jusqu'à la section haute du méso, faite au temps abdominal. Section du côlon, à 5 ou 6 centimètres du sphincter anal. On met en place deux ou trois points séro-cutanés. On reconstitue le sphincter par un double point en U, au catgut chromé. On place un mèche iodoformée et un drain dans le clivage pré-sacré, avec saupoudrage au Septoplix.

Suites opératoires. — On fait de la pénicilline, par voie générale. Les suites sont normales. Il n'y pas de choc. L'intestin se sphacèle rapidement, jusqu'au niveau du sphincter. Les gaz sont émis assez rapidement, vers le deuxième jour. Les matières passent au bout de cinq ou six jours. La cicatrisation est très retardée par une suppuration intense de la région sacrée. Il existe certainement là, par ascension du sphacèle, un pertuis de communication qui entretient l'écoulement. Cependant, les selles s'évacuent normalement par l'anus, bien constitué et tonique.

La malade quitte la Clinique au bout d'un mois, allant à la selle normalement, mais gardant sa fistule pré-sacrée.

L'état général est franchement mauvais.

Cette femme, obsédée, présente des troubles psychiques et refuse obstinément de s'alimenter. C'est dans ces conditions qu'elle retourne dans son pays, où l'anorexie mentale persiste malgré tous les traitements.

La cachexie fait de rapides progrès et l'emporte deux mois et demi après l'opération.

Observation II

Docteur Nard (Libourne).

Mme D... (Marie), cinquante-sept ans. Hôpital Sabatié.

Cancer postérieur de l'ampoule rectale, à 7 centimètres de l'anus.

Le 6 décembre 1946, opération de Babcock-Bacon.

Il s'agit d'une femme forte, à tendance de cyanose, à passé éthylique.

Pendant l'intervention, on s'aperçoit que, par faute dans le Service, pour la préparation, l'intestin n'est nullement vidé et est rempli de grosses matières fécales. On fait quand même l'opération.

Le cancer est plus avancé qu'on ne le pensait. Il est littéralement fixé sur la concavité sacrée, et sa libération est assez difficile.

Chez cette femme, qui a eu des enfants, le périnée est très mince et, à la libération périnéale, le vagin est ouvert, on le suture.

L'intervention se termine quand même correctement. A signaler le lâchage d'une ligature de l'artère colique, par le fait que cette ligature englobait le péritoine. Il ne faut pas, en effet, prendre les feuillets péritonéaux. Après lâchage de cette ligature, il s'est fait rapidement un hématome, rendant la ligature un peu aveugle et risquant de faire lier des artères qu'on n'aurait pas voulu toucher.

Malgré cela, suites immédiates simples; mais, dès le troisième jour, évacuation de gros paquets fécaux par le bout intestinal qui dépasse l'anus.

La compression due à la grosseur des bols fécaux, combinée avec les ennuis d'hémostase, entraîne un sphacèle du bout inférieur. On redoute des complications graves et, par prudence, six jours après, on fait, à l'anesthésie locale, un anus angulocolique droit. Après cet anus, les suites sont particulièrement simples, mais il s'est fait une fistule recto-vaginale, due au sphacèle, au niveau de la déchirure du vagin survenue pendant le temps périnéal.

Le 28 janvier 1947, on profite de l'existence de l'anus pour

faire, sans ennuis, la cure de la fistule recto-vaginale par abaissement du vagin, cette fistule étant très près du périnée.

Suites normales. La malade va bien, part chez elle et, le 24 février 1947, elle revient pour faire fermer son anus colique. Fermeture de cet anus après pose de l'entérotome et, profitant de l'anesthésie rachidienne, on fait la cure d'une volumineuse hernie inguinale. Suites simples.

Le nouvel anus ayant tendance à se rétrécir, on fait, tous les mois, une série de dilatations.

En décembre 1947, la malade allait très bien et venait se faire dilater. Son anus fonctionnait. Elle ne se salissait pas dans la journée, et se contentait de prendre un petit lavement le matin. Elle ne présentait aucun signe de récidive, lorsque, chez elle, un après-midi, elle est morte subitement, soit un an après l'intervention. D'après sa famille, elle a été prise d'une douleur thoracique intense et a eu juste la force de dire, avant de mourir : « Portez-moi vite à l'hôpital ». Il est probable que cette mort n'a aucun rapport avec son cancer.

Observation III

Docteur Nard (Libourne).

M. V..., soixante et un ans. Clinique du Libournais.

Cancer de la face latérale du rectum, à 7 ou 8 centimètres de l'anus. Au doigt, on sent une masse bourgeonnante sans pouvoir dépasser le cancer, et sans pouvoir atteindre son pédicule. Gros éthylique.

Opération de Babcock-Bacon, le 10 décembre 1946. On constate que l'anse sigmoïde est longue, véritable dolicho-sigmoïde. Malgré tout, on fait le décollement de l'angle splénique. La tumeur est recto-sigmoïdienne; on la sent à la partie haute du Douglas, sans qu'il y ait adhérence. Résection habituelle. On termine l'opération de façon correcte.

La pièce enlevée a 41 centimètres de long. Il existe, en plus d'un cancer recto-sigmoïdien important, à 10 ou 15 centimètres au-dessus de lui, deux polypes qui n'ont pas l'air d'être dégénérés, mais qui constituaient pour l'avenir du malade une menace. D'où l'utilité de pratiquer une exérèse large dans les dolicho-sigmoïdes.

Suites opératoires très simples. Huit jours après l'intervention, le malade se promenait. Vingt jours après l'opération, il quitte seul la Clinique pour rentrer chez lui, par le train (220 kilomètres).

Revu en septembre 1947, il a repris un métier pénible (serrurier-forgeron) et fait de longs voyages à motocyclette. Jamais on ne s'est occupé de son anus depuis l'intervention. Il ne se salit pas et a recommencé à boire sérieusement. Nouvelles récentes, en septembre 1948 : continue à aller très bien.

Observation IV

Docteur Nard (Libourne).

M. C..., soixante ans. Clinique du Libournais.

Cancer du rectum situé à 7 centimètres de l'anus, face antérieure.

Opération de Babcock-Bacon, le 5 février 1947.

Au cours du temps abdominal, on constate du liquide sanglant dans le petit bassin. On voit, sur la face antérieure du rectum et au fond du cul-de-sac de Douglas, plusieurs granulations d'aspect néoplasique. Temps périnéal normal.

A l'examen de la pièce, il existe de petites granulations sur le péritoine intestinal du cul-de-sac de Douglas, à la face antérieure de l'intestin, ayant tous les caractères néoplasiques.

Suites opératoires simples, bien que, quelques heures après l'intervention, le malade soit un peu choqué.

Quatre mois après, cet opéré est revu avec ascite et rétention d'urine, tous les caractères d'une récidive rapide.

Décès huit mois après l'intervention, manifestement de récidive prévue au moment de l'intervention.

Observation V

Docteur Nard (Libourne).

M^me^ D..., soixante-six ans. Clinique du Libournais.

Cancer de la face antérieure du rectum.

Opération de Babcock-Bacon, le 26 février 1947.

Pas d'hytérectomie. Opération correcte.

L'examen de la pièce montre un épithélioma presque

annulaire, avec un petit polype en amont de la lésion néoplasique.

Suites ultra-simples, comme une appendicite.

Part le quinzième jour.

Revue à deux ou trois reprises, elle va bien, aucun signe de récidive. L'intestin fonctionne bien. Elle ne se salit pas, et va à la selle sans lavement. L'état général est superbe.

Revue en septembre 1948, elle va toujours très bien.

Observation VI

Docteur Nard (Libourne).

M. F..., quarante-sept ans. Clinique du Libournais.

Cancer du rectum, à 6 centimètres de l'anus.

Opération de Babcock-Bacon, le 25 mars 1947, très satisfaisante.

Suites opératoires très simples.

Le malade revient un mois et demi après, avec de la fièvre et un rein droit douloureux. On pense à de la pyélonéphrite, et une sonde urétérale fait tomber la fièvre; mais, quelques jours après, elle revient, et on s'aperçoit qu'elle est de type ondulant. Il s'agit d'une fièvre de Malte confirmée par les examens de laboratoire.

Deux mois plus tard, ce malade, en pleine évolution de fièvre de Malte, est pris d'une douleur brutale dans le ventre, et adressé à la Clinique. Il s'agit manifestement d'une occlusion sur le grêle. On fait successivement une fistule à la Witzel qui lève les phénomènes d'occlusion, et une entéro-anastomose sur l'anse dilatée et une anse non dilatée.

Suites simples, le malade rentre chez lui, où sa fièvre de Malte continue son évolution.

Décès en juillet 1948, de métastase hépatique.

Observation VII

Docteur Nard (Libourne).

M^me^ R..., soixante-quatre ans. Hôpital Sabatié.

Cancer de la face postérieure du rectum.

Opération de Babcock-Bacon, le 21 mai 1947.

Il s'agit d'une femme grosse, éthylique, congestive. Elle présente, en plus de son cancer, un fibrome multilobé, calcifié, qui entraîne l'hystérectomie et qui même, pendant un certain temps, au début de l'opération, fait qu'on se demande s'il n'y a pas eu erreur de diagnostic par le toucher rectal. En réalité, il y avait coexistence de ce fibrome calcifié et d'un volumineux cancer confirmé par la suite par le laboratoire : épithélioma cylindrique.

L'opération se déroule de façon correcte, mais, dès le sixième jour, sans qu'il y ait aucun signe abdominal, alors que le ventre est souple et que les urines paraissent en quantité suffisante, qu'il n'y a pas de fièvre et qu'il y a même eu, le septième jour, des selles abondantes, cette malade fait du délire paraissant d'origine toxique, probablement en rapport avec son éthylisme, et le huitième jour elle meurt, toujours sans aucun signe abdominal, sans fièvre, en état de délire, avec une défaillance cardiaque progressive.

Il est à remarquer que c'est vers le sixième ou le septième jour que le Docteur Nard a constaté, chez certains opérés, des phénomènes toxiques dus probablement à une résorption importante au niveau du vaste décollement opératoire. C'est, néanmoins, le seul cas dans lequel ces phénomènes aient entraîné la mort, et il s'agissait d'une éthylique. C'est d'ailleurs le seul décès opératoire de la série.

Observation VIII

Docteur Nard (Libourne).

M. V..., quarante-six ans. Clinique du Libournais.

Cancer du rectum, face postéro-latérale gauche.

Opération de Babcock-Bacon, le 25 juin 1947.

L'opération se déroule sans incident. Notons que l'on n'a pas eu besoin de se préoccuper de l'uretère gauche, ce malade ayant subi, huit ans auparavant, une néphrectomie gauche pour bacillose.

Les suites opératoires sont très simples.

Le laboratoire répond : épithélioma cylindrique, ganglions non néoplasiques.

Ce malade, revu en février 1948, allait parfaitement bien, ne se salissait pas. Son sphincter fonctionnait normalement, il ne prenait même plus de lavements. Il y avait un peu de prolapsus muqueux, facilement curable par diathermie.

Décès en juin 1948, de métastase hépatique.

Observation IX

Docteur Nard (Libourne).

M^me^ M..., soixante et onze ans. Clinique du Libournais.

Cancer du rectum à tendance occlusive, à forme bourgeonnante, femme très maigre.

Opération de Babcock-Bacon, le 19 novembre 1947, idéale.

Sur la pièce, cancer ulcéré, énorme, sténosant. Macroscopiquement, pas de ganglions. Suites ultra-simples.

A quitté la Clinique, moins de vingt jours après l'intervention.

Revue en février 1948 et en septembre 1948, elle va parfaitement bien. L'état général est superbe. Elle travaille comme avant.

Elle continue à prendre de petits lavements tous les matins. Dans la journée, elle ne se salit pas. Son anus a un aspect parfait.

Observation X

Docteur Nard (Libourne).

M^me^ V..., quarante-neuf ans. Clinique du Libournais.

Cancer sigmoïdien bas, à 20 centimètres de l'anus, sténosant.

Malade grosse, venue en occlusion.

Le 5 novembre 1947, d'urgence, on fait un anus cæcal.

Le 27 novembre 1947, opération de Babcock-Bacon. Cela aurait été, autrefois, le cas typique d'opération d'Hartmann.

Dans le temps abdominal, on est ennuyé par une grosse masse au-dessous du cancer, qui est un fécalome, bien que la malade ait été nettoyée consciencieusement par lavements par l'anus naturel et par l'anus cæcal. Avant le temps périnéal, on évacue ce fécalome au doigt.

L'opération est quand même satisfaisante.

Les suites sont tout à fait simples, sauf une suppuration abondante par le drainage périnéal.

Cette observation amène une réflexion : penser, malgré un anus cæcal, à refaire, la veille de l'opération, un toucher rectal, car il arrive souvent qu'en aval de l'obstacle les matières durcissent, forment des fécalomes, ce qui peut être gênant lors de l'opération.

A l'examen de la pièce, cancer en ficelle, pas de ganglions néoplasiques, le cas paraît très favorable.

Revue en février 1948, la malade allait parfaitement bien, son anus fonctionnait. Elle ne se salissait pas. L'anus cæcal s'était presque fermé spontanément. Il était peu gênant, mais on était décidé à le fermer sous peu si la fermeture spontanée ne se complétait pas.

Décès en mai 1948, de métastase hépatique avec ascite.

Observation XI

Docteur Nard (Libourne).

M. R..., cinquante-deux ans. Clinique du Libournais.

Cancer du rectum, face postérieure et latérale droite, à 3 ou 4 centimètres de l'anus. Le sphincter n'est certainement pas touché. On explique au malade sa situation, et il refuse absolument l'anus artificiel, et fait une demande formelle et écrite pour qu'on tente l'opération avec conservation de l'anus naturel. Ceci permet de tenter sans remords l'opération de Babcock-Bacon sur un cas limite.

Ce malade est gros, obèse. L'opération a été retardée, car il présentait un peu de sucre, et, sur une dose d'Insuline un peu trop forte, il a fait, la veille de l'opération, un coma insulinique.

Opération de Babcock-Bacon, le 27 janvier 1948. Elle est rendue difficile par l'embonpoint, mais elle se passe quand même correctement.

Dans le temps périnéal, on enlève toute la muqueuse anale, alors que dans les cas précédents on en laissait quelques millimètres pour favoriser les fonctions anales. La prostate a été complètement libérée par le ventre. On n'a finalement, dans le temps périnéal, qu'à cueillir la pièce, sauf du côté droit où

l'aileron du rectum, induré et suspect, n'avait pu être libéré complètement dans le temps abdominal.

La pièce montre un gros ulcère néoplasique. Il y a des ganglions tout le long du méso, bien que la pièce enlevée ait 40 centimètres de long.

Les suites opératoires ont été très simples. Le malade a quitté la Clinique le 16 février.

Au bout de trois mois, récidive locale juste au nouvel anus, où l'on trouve deux ou trois noyaux. On propose de réintervenir.

Le malade préfère s'adresser à un médecin de Bordeaux qui garantit la guérison de ce cancer. Au bout de quatre mois, il revient avec fièvre, anurie et occlusion. On renonce à toute intervention, et il meurt au bout de huit jours.

Notons qu'il s'agit là de la seule récidive locale de la série. Mais il ne s'agissait pas d'un cas à opération de Babcock, et ce n'est que sur la demande expresse du malade que la tentative a été faite.

CONCLUSIONS

Au terme de ce travail, nous pensons pouvoir en dégager les conclusions suivantes :

L'opération de Babcock est une méthode de traitement du cancer du rectum comportant successivement, en une séance, un temps abdominal d'hémostase et de dissection du rectum jusqu'au plancher pelvien, et un temps périnéal d'abaissement du côlon à travers le sphincter et les releveurs conservés.

Au point de vue technique, l'opération comporte quelques particularités :

L'incision abdominale est oblique gauche, le temps abdominal comporte une libération du côlon descendant et de l'angle gauche. On ne fait pas de péritonisation.

Le temps périnéal comporte une dissection de la muqueuse anale et une incision médiane postérieure avec ou sans section momentanée du sphincter.

C'est une résection en vase clos, ce qui réduit au minimum les manœuvres septiques, et sans anastomose, ce qui élimine les dangers de lâchage des sutures.

La méthode ne nécessite pas l'établissement préalable d'un anus iliaque temporaire, à moins que le malade arrive au chirurgien en état d'occlusion. La durée du traitement se trouve ainsi réduite au minimum, une vingtaine de jours dans les bons cas.

L'opération est applicable aux cancers recto-sigmoïdiens, rectaux hauts, moyens et même bas. En ce qui concerne ces derniers, la lésion ne doit pas être cependant trop avancée,

et sa limite inférieure ne doit pas être à moins de 5 centimètres de l'anus.

La mortalité opératoire est basse entre des mains exercées.

Les résultats sont satisfaisants.

Au point de vue fonctionnel, l'opération permet, en général, une vie quasi normale.

Son pronostic éloigné est comparable à celui de l'amputation abdomino-périnéale, à condition, toutefois, que l'indication soit bien posée.

Nous proposons quelques très légères modifications de technique qui nous paraissent pouvoir rendre service dans certains cas.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
F. PAPIN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 14 Décembre 1948.
Le Recteur.
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

D'ALLAINES. — Traitement chirurgical du cancer du rectum. 1 vol. Flammarion, 1946.

D'ALLAINES, JOURDAN et STÉFANI. — La chirurgie du rectum par voie trans-sacrée. *Journal de Chirurgie,* 1938, *53,* 81.

D'ALLAINES et DEVINEUX. — L'abord du rectum par voie sacrée pure. *Journal de Chirurgie,* 1947, *63,* n° 4, p. 4.

D'ALLAINES et DE VERNEJOUL. — Conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum. Rapport au Congrès français de Chirurgie, 49e session, Paris, 1946.

BABCOCK. — Traitement opératoire du cancer du rectum. *Surgery, Gyn. Obst.,* novembre 1932, *55,* 627-632.

BABCOCK. — Symptômes et diagnostic du cancer du rectum. *Penna State M. J.,* 1932, *26,* 180.

BABCOCK. — Cancer du rectum. *Surg. Clin. North. Amer.,* 1932, *12,* 1937.

BABCOCK. — Le traitement opératoire du cancer du rectum. *South. Surg.,* 1933, *1,* 265.

BABCOCK. — *South. Surg.,* 1937, *6,* 267; *Journal Am. Med. Ass.,* 25 novembre 1939, *113,* 1933.

BABCOCK. — Acquisitions nouvelles dans le traitement opératoire du cancer du gros intestin. *The Journal of the International College of Surgeons,* mars-avril 1946, vol. 9, n° 2, p. 179-187.

BACON. — Evol. of sphincter muscle... *Surg. Gyn. Obst.,* août 1945, *81,* 313.

BACON. — Surgical treatment of carcinoma of rectum. Ninth Postgraduat Inst. Meet. Philadelphia, 3 mai 1944.

Bérard et Chalier. — Résection du rectum pour cancer. *Lyon Médical,* 1921, 591.

Bergeret. — Interventions abdomino-périnéales et abdomino-sacrées dans la chirurgie du rectum. *Mém. Acad. Chir.,* 1er juillet 1938, *64,* 811-815.

Bergeret et Livory. — La résection recto-sigmoïdienne avec intubation colo-rectale. *Journal de Chirurgie,* octobre 1940, *56,* 209-221.

Castell. — Progrès dans le traitement du cancer du rectum. *Journ. Am. Med. Ass.,* 1936, *107,* n° 25, 2011.

Charrier et Gouzi. — Traitement chirurgical et résultats de l'ablation du cancer du rectum. *Presse Médicale,* 1939, n° 18, p. 337.

Cunéo, Sénèque et Zagdoun. — Sur un nouveau procédé d'extirpation du rectum par voie périnéale, avec conservation du sphincter. *Journal de Chirurgie,* 11 mars 1944, *1,* 44.

Finsterer. — Traitement chirurgical du cancer du rectum. *Arch. für Klin. Chir.,* 1941, *15,* 63-V, 602.

Finsterer. — Rétablissement de la continuité après résection pour cancer. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* 1942, *68,* 5-8.

Gehrels. — Opération radicale pour cancer du rectum avec conservation sphinctérienne. *Surg. Gyn. Obst.,* 1937, *65,* 2.

Gœtze. — L'opération en deux temps pour le cancer du rectum. *Zentr. für Chir.,* 1934, *14,* 796 et 24.

Hartmann. — Chirurgie du rectum. 1 vol., Paris, 1931.

Mandl. — Conservation de la continuité dans les opérations pour cancer du rectum. *The Journ. of Intern. Coll. of Surg.,* février 1940, *11.*

Mandl. — Nouvelles remarques sur l'opération radicale du cancer du rectum. *Zentr. für Chir.,* 1934, *61,* 51, 2956.

Mondor. — Chirurgie du cancer du rectum. Thèse, Paris, 1941.

Nasta. — Quelques considérations pour la conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum. *Journal de Chirurgie,* 1947, *63,* n° 12, 627.

Papin. — Réflexions sur le cancer sus-valvulaire du rectum et son traitement chirurgical. *Presse Médicale,* 4 mars 1944.

Rankin. — Historique de la chirurgie colique et rectale. *Surg. Gyn. Obst.,* 1937, 705.

Sénèque. — L'opération de Babcock. *Presse Médicale*, 6 juillet 1946.

Villemin, Huard et Montagné. — Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anus. *Revue de Chirurgie*, 1925, *63*, n° 1.

Weiss. — Différentes techniques de conservation sphinctérienne dans l'exérèse sacrée ou abdomino-sacrée des cancers recto-sigmoïdiens bas. Thèse, Lyon, 1944.

Zagdoun. — Thèse, Paris, 1934.

Bordeaux. — Imp. E. Drouillard, 3, place de la Victoire. — N° 31.2174